

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

353

Doctorat de l'Université de Paris

(Diplôme Universitaire)

PAR

ÖHLGIESSER Bruno

Né le 1^{er} janvier 1913, à Cernăuți (Roumanie).

Infections
inoculées par la Vaccine
(Tuberculose et Syphilis)

Président : M. LOEPER, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939

୧୧୧

THÈSE

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Diplôme Universitaire)

PAR

ÖHLGIESSER Bruno

Né le 1^{er} janvier 1913, à Cernăuți (Roumanie).

Infections inoculées par la Vaccine (Tuberculose et Syphilis)

Président : M. LOEPER, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1939



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
Clinique chirurgicale.....	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements.....	LÉVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-Sociale.....	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BOULIN.	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{me} J. LÉVY.	Pharmacologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	PORTES.	Obstétrique.
GAYET.	Physiologie.	RENARD	Ophtalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RICHET.	Physiologie.
GIROUD	Histologie.	SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LACOMME.	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT. . . .	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . .	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT.			
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale.
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE,

*Dont la bonté pour moi fut iné-
puisable, je dédie ces quelques pa-
ges; modeste, mais pieux hommage
de mon infinie reconnaissance et de
ma profonde affection.*

A MON FRÈRE.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A mon Cousin, le Docteur Martin MEIROVICI,
de la Faculté de Médecine de Paris.

*Qu'il trouve ici le faible témoi-
gnage de mon respectueux attache-
ment et de ma profonde reconnais-
sance pour tout ce que je lui dois.*

A mon Cousin, le Docteur S. GOTTFRIED,
de la Faculté de Médecine de Paris.

*En témoignage de ma reconnais-
sance et de mon affection.*

INTRODUCTION

Nous allons envisager dans cette thèse deux complications de la vaccination antivariolique :

1° Infections tuberculeuses inoculées par la vaccine;

2° Infections syphilitiques associées et éveillées par la vaccine.

La rareté des observations publiées, l'absence de travail d'ensemble sur la question, nous ont incité à prendre pour thèse ce sujet.

Notre Maître, M. Milian, a bien voulu nous autoriser à publier les observations concernant ces infections.

Nous n'aurions pu mener à bien ce travail sans l'aide et les conseils de notre Maître, M. Milian, à qui nous adressons ici nos remerciements les plus chaleureux.

GENERALITES

La généralisation de la vaccination jennérienne a montré son innocuité habituelle.

Lorsque Jenner, en 1798, publia son mémoire sur la vaccination antivariolique et que deux ans plus tard, à Boulogne-sur-Mer, le Docteur Woodville pratiqua les premières inoculations en France, une virulente opposition accueillit cette nouveauté thérapeutique.

Pendant une grande partie du XIX^e siècle, en France, on s'appliqua à rechercher et à faire grand état des accidents pouvant être rattachés à la vaccination; et en 1865, Trousseau, dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu, combattait encore les théories des « vaccino-phobes ».

En Angleterre, cette lutte contre la vaccination a continué sans cesse; plusieurs ligues « antivaccinales » se sont créées; elles ont procédé à des nombreuses enquêtes et ont recherché toujours avec soin et noté avec satisfaction les complications qu'étaient susceptibles d'entraîner la vaccination jennérienne.

En vérité, dans la pratique, on a pu observer un certain nombre d'accidents consécutifs à la vaccination, mais leur rareté extrême, en comparaison au nombre considérable de vaccinations pratiquées,

explique qu'ils n'aient en rien entravé le développement de cette méthode prophylactique, qui reste la plus efficace et la meilleure des vaccinothérapies.

Il serait superflu de nous étendre sur la portée de la découverte jennérienne; quelques accidents ne sauraient faire oublier qu'on lui doit la disparition d'un des plus grands fléaux; ils sont seulement la rançon douloureuse du plus immense des bienfaits.

Nous allons passer brièvement en revue ces complications et accidents de la vaccination, dont la plupart sont bénins, pour aboutir aux complications qui font le sujet de notre thèse.

Avant d'aborder l'énumération des complications, remarquons qu'elles sont exceptionnelles et sont rarement des contre-indications formelles de la vaccination antivariolique.

Depuis longtemps, on connaissait les complications de la vaccination jennérienne. Les unes dont la pathogénie est complexe, tiennent à une généralisation des éléments de la vaccine. Les autres sont le fait d'une infection secondaire, dont la vaccine est le point de départ.

Parmi toutes les complications qu'on a signalées, il en est des complications localisées bénignes; parmi les plus banales, citons la lymphangite, une adénopathie parfois très marquée des ganglions correspondants.

Les complications localisées plus sérieuses sont relativement rares.

Enumérons comme réactions locales plus sérieuses: les pustules énormes qu'on observe parfois, le gros

œdème du membre vacciné, la réaction locale escharrotique (cause : syphilis le plus souvent) susceptible d'entraîner la formation d'une escharre profonde.

Quelquefois peut survenir un impétigo ou un érysipèle. Toutes ces manifestations sont le plus souvent déterminées par des germes d'infection secondaire.

Bien plus rares sont les manifestations générales encore plus sérieuses.

La généralisation de la vaccine, importante au point de vue clinique, peut donner à l'affection l'aspect d'une maladie infectieuse sévère, d'autant plus qu'elle s'accompagne de réaction générale grave. Il se produit une éruption étendue à tout le revêtement cutané, en même temps que la température s'élève. L'évolution s'accompagne de phénomènes infectieux marqués : elle peut aboutir à la mort de l'enfant.

Cette complication serait due, pour Chauveau, à des conditions de réceptivité spéciales de l'organisme. Elle se produit d'ailleurs très rarement dans cette forme de vaccine généralisée d'emblée.

Plus fréquente, et vraisemblablement d'une pathogénie différente, est la vaccine généralisée secondaire due aux inoculations par grattage. Les vésico-pustules se disséminent à partir de la région inoculée; elles laissent indemnes les zones inaccessibles au grattage. Les affections de la peau, surtout celles qui sont prurigineuses, favorisent cette dissémination; les eczémas, les prurigos sont tout particulièrement aptes à s'infecter ainsi.

On peut voir la vaccine oculaire compliquer cette

vaccine généralisée secondaire. Les attouchements par les doigts, linges de toilette sont sans doute des agents de contamination.

A côté de ces manifestations classiques, des complications nerveuses sont venues s'ajouter à la liste des accidents observés au cours de la vaccination jennérienne. Des cas d'encéphalite surtout observés à l'étranger ont été cités. L'incubation dans les cas observés fut de 9-15 jours, incubation tout à fait silencieuse, en général sans réaction locale anormale. Cette encéphalite très aiguë se caractérise par des vomissements, une température atteignant rapidement 40°, une somnolence prononcée, parfois des convulsions avec signe de Babinski uni ou bilatéral.

Cette affection a été bien décrite dans la thèse de Baron (Paris 1929).

L'auteur expliquait cette complication par l'exaltation probable, par biotropisme, de la virulence d'un autre germe encore indéterminé, qui n'est pas celui de l'encéphalite épidémique.

Mais à côté de ces complications locales ou même générales, il en est deux qui demandent à être mieux connues à cause de leurs extrêmes raretés :

1° Infections tuberculeuses apportées par la vaccine;

2° Infections syphilitiques associées et éveillées par la vaccine.

I. — Infections tuberculeuses déterminées par la vaccine.

On peut quelquefois observer, à la suite d'une vaccination jennérienne, l'établissement d'une infection tuberculeuse.

Observation rapportée par Graham Little dans « Dermatological Society of London » (Séance du 10 janvier 1900).

Il s'agit d'une fillette de 9 ans, vaccinée à 4 mois par quatre piqûres sur le bras gauche avec du vaccin de génisse. Les deux piqûres supérieures guérissent normalement, les deux inférieures ne guérissent pas et présentèrent au bout de six semaines des petits bourgeons rouges qui, plus tard, devinrent de larges ulcères. Depuis un an, ces lésions ne sont plus ulcérées et l'on trouve à la place des deux piqûres un placard de lupus tuberculeux typique de deux pouces de large, avec trois nodules isolés dans le voisinage. Les ganglions axillaires sont un peu tuméfiés. Il n'y a pas d'autres manifestations tuberculeuses, et pas de tuberculose dans la famille.

Observation rapportée par MM. A. Sézary et Paul Lefèvre dans le « Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil. », Fév. 1931.

B. E..., 58 ans, femme de ménage, porte symétriquement, au tiers inférieur de la face externe de chaque bras, un placard ovalaire de lupus ulcéreux mesurant environ 15 centimètres sur 17. Le diagnostic cli-

nique, d'ailleurs indiscutable, a été vérifié par l'examen histologique.

La topographie de ces placards et leur symétrie s'expliquent par l'étiologie de l'affection.

Celle-ci date de l'enfance. Elle est consécutive à la vaccination jennérienne pratiquée chez cette malade en 1875. Le vaccin fut pris sur le bras d'un enfant alors bien portant, mais qui mourut un peu plus tard.

Quelque temps après la vaccination, apparurent aux points d'inoculation, sur les deux bras, de petites lésions cutanées qui, depuis, n'ont fait que s'agrandir.

Ces lésions ont progressé lentement. Elles avaient, à l'âge de 10 ans, les dimensions d'une pièce de 2 fr., et, à 20 ans, celles d'une pièce de 5 fr. Depuis l'âge de 38 ans, elles se sont étendues un peu plus rapidement.

Aucun traitement n'a été appliqué jusqu'en 1921. A cette époque, on a fait 12 séances de scarifications, puis, à l'hôpital Saint-Antoine, 14 applications de rayons X, qui n'ont eu d'autre résultat que de provoquer une radiodermite dont on voit nettement encore les vestiges.

L'extension des placards lupiques s'est faite avec une remarquable simultanéité et d'une façon symétrique sur chaque bras. Elle procède par îlots isolés périphériques que rejoint bientôt le placard principal. La forme a toujours été ovale, les dimensions seules ont varié.

Il n'y a pas d'adénopathie axillaire. On ne trouve

aucun signe de tuberculose pulmonaire, viscérale ou osseuse. L'état général est très bon.

*
**

Ce lupus est donc consécutif à une vaccination jennérienne pratiquée de bras à bras.

Faut-il conclure du récit de la malade que l'enfant sur lequel le vaccin fut prélevé était atteint de tuberculose? Si l'on sait que l'inoculation du vaccin prélevé sur les mamelles de vaches tuberculeuses peut produire des lésions de tuberculose cutanée (Toussaint), par contre on n'a pas pu tuberculiser des animaux en leur inoculant du vaccin recueilli chez des phtisiques (Josserand, Peiper et Strauss).

— Ou bien l'enfant sain (qui devait mourir peu après) n'a-t-il pas été vacciné avec du cow-pox prélevé chez un animal tuberculeux? N'a-t-il pas été ainsi inoculé avec le virus bacillaire qui a déterminé chez lui plus tard une infection mortelle, et n'a-t-il pas fourni lui-même un vaccin contenant des bacilles de Koch?

Nous ne saurions conclure.

*
**

A l'appui de cette communication rapportée par MM. Sézary et Lefèvre, nous nous permettons de rappeler ici le cas que M. Gastinel a observé avec son Maître P. Teissier.

Il s'agit d'une fillette atteinte d'un lupus typique apparu sur la cicatrice même d'une lésion vaccinale,

et peu de temps après l'insertion du virus jennérien, d'origine bovine.

Observation rapportée par M. Moniate dans le « Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil. », Mars 1938.

Il s'agit d'un homme de 31 ans, exerçant la profession d'électro-mécanicien.

Sa mère est en bonne santé, son père est mort à l'âge de 70 ans d'hématémèse. Deux frères sont morts en bas âge, 3 autres frères sont bien portants, une sœur est hospitalisée pour maladie mentale. Aucun membre de sa famille ne présente d'affection cutanée.

Au point de vue antécédents personnels, on relève une broncho-pneumonie à l'âge de 2 ans. Il nie toute affection vénérienne et n'a jamais présenté de traumatisme, de brûlure importante, ou de maladie cutanée autre que la lésion pour laquelle ce malade a consulté. La lésion siège au niveau du membre supérieur gauche, région deltoïdienne; son aspect rappelle l'image en relief d'une semelle plantaire, allongée suivant l'axe du bras, de 12 centimètres de long sur 3 centimètres de large. C'est une tumeur faisant une saillie d'un demi centimètre au-dessus des téguments; les bords en sont nettement arrêtés, la partie supérieure présente des angles saillants et rentrants formant des digitations. Le centre de la lésion est tourmenté, de coloration rouge rosé, la néoformation est bien mobile sur les plans profonds, non douloureuse spontanément, mais sensible par l'effleurement de sous-vêtements de laine. La mère de ce sujet a

signalé que cette lésion existe depuis quelques semaines après la vaccination jennérienne pratiquée au bras gauche au cours de la première année, il y a donc 31 ans. La lésion s'est agrandie progressivement, pour atteindre les dimensions actuelles.

Il est intéressant de noter que ce sujet exposé, de par sa profession, à des brûlures ou à de petits traumatismes au niveau des mains et des avant-bras, ne présente aucune chéloïde à ces régions.

Observation rapportée par MM. P. Laugier et P. Baumeister dans le « Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil. », Mars 1938.

Il s'agit d'une fillette âgée de 11 ans, chez laquelle se sont développées, à la suite de la vaccination jennérienne, deux petites chéloïdes.

Vaccinée en mai 1937 à l'école, elle fait deux grosses réactions locales, qui disparaissent au bout d'un mois. Deux mois après, elle commence à ressentir des démangeaisons aux deux endroits vaccinés; on voit apparaître deux petites tuméfactions de la dimension d'une tête d'épingle, blanches, qui s'agrandissent progressivement.

Elle présente actuellement, à la partie supéro-externe du bras gauche, deux petites tumeurs ovaires, de couleur rouge rosé, nettement surélevées par rapport aux téguments sains qui les entourent. Leur surface est lisse et, à la palpation, ces petites tumeurs sont dures, fermes et un peu élastiques.

Dès le début de leur apparition, l'enfant se plaignait d'un léger prurit au niveau des formations ché-

loïdiennes, et depuis quelque temps, à ce niveau, elles sont le siège de sensations douloureuses à la palpation et surtout à l'effleurement superficiel.

Par ailleurs, cette enfant est bien portante et n'a jamais été malade.

Observation rapportée par M. le Docteur Milian dans la « Revue Française de Dermatologie et Vénérologie », janvier 1939.

Un enfant d'un peu moins de 3 ans est envoyé à mon maître Milian par le Docteur Schoch, de Berne, pour une lésion qu'il a diagnostiquée granulome annulaire.

Il s'agit en effet d'un granulome annulaire typique, développé depuis plusieurs mois au-dessus de la malléole externe de la jambe gauche et occupant une région de 6 cm. de hauteur sur 4 de large.

Le granulome est polycyclique et à évolution excentrique; le centre de l'anneau est légèrement pigmenté; le bord supérieur est à peine infiltré; le bord inférieur, d'une largeur de 3 à 4 mm., est dur, presque cartilagineux, blanchâtre, tandis que la peau incluse dans sa concavité est rosée, nettement inflammatoire. C'est d'ailleurs, aux dires de la maman qui amène l'enfant, par cette partie inférieure de l'anneau que le granulome annulaire s'étend lentement.

Il n'y a nulle part d'autre manifestation du granulome. Le dos des articulations métacarpo-phalangiennes est absolument indemne.

Ce qu'il y a de particulier, outre le siège anormal

de ce granulome, c'est qu'il s'est développé autour d'une cicatrice de vaccine.

L'enfant a été vacciné à 15 jours avec du vaccin bovin. Une seule inoculation a été pratiquée et a donné une grosse pustule vaccinale, qui a laissé une cicatrice blanche un peu irrégulière de forme, de 1 cm. 5 de long environ sur 8 mm. de large, mais lisse et nullement chéloïdienne. C'est autour de cette cicatrice que s'est développé le granulome.

La maman aurait remarqué la lésion il y a 6 mois, c'est-à-dire alors que sa fille avait 28 mois environ. Mais elle ne saurait affirmer que le granulome n'existait pas auparavant, car l'enfant était confiée à une nourrice et la maman s'occupait peu des soins corporels de sa fille. Si l'on admet que la vaccine a duré un mois, c'est 26 mois et demi au minimum après celle-ci que s'est déclaré le granulome.

L'enfant est par ailleurs bien portante. Elle a cependant des stigmates d'hérédosyphilis: front bombé, nez en selle, et surtout elle a marché très tard, à 18 mois seulement. Dans la famille, tous les enfants, il y en a 3, ont marché tard; mais il n'y a pas eu de fausse-couche.

La petite malade a eu une bronchite aiguë qui a duré 3 semaines, à l'âge de 5 mois.

*
**

Plusieurs questions se posent à propos de ce cas :

1° Y a-t-il un rapport quelconque entre la vaccine et le granulome développé autour de la cicatrice du vaccin?

Cela paraît indiscutable pour plusieurs raisons; le granulome s'est développé sur la cicatrice et s'est développé excentriquement autour de celle-ci.

Ce qui renforce beaucoup la question, c'est que le granulome qui présente d'habitude plusieurs éléments, par exemple deux ou trois sur le dos de chaque main, est ici à l'état isolé. Nulle part ailleurs sur toute l'étendue du corps on n'en rencontre.

Cela est déjà un gros argument en faveur du rapport de cause à effet.

L'évolution excentrique est également favorable à cette manière de voir, comme si le germe du granulome annulaire était parti de cette cicatrice pour gagner progressivement et de proche en proche. Le développement prédominant vers en bas, rompant la physionomie concentrique, n'a rien d'étonnant, si l'on se rappelle l'action de la pesanteur sur le développement des infections cutanées d'inoculation.

On voit des semblables ambulations dans l'infection streptococcique par exemple, qui, bien que suivant l'axe d'un membre, sous forme d'érysipèle, progresse davantage au début vers le bas. Cela se voit encore mieux pour les formes très virulentes de la vaccine, accompagnées d'une réaction inflammatoire violente comme il arrive dans les formes ulcéreuses. La zone érythémato-œdémateuse s'étend de haut en bas de telle sorte qu'à un moment donné, elle mesure trois centimètres au-dessus du point vacciné et, au contraire, six ou sept centimètres au-dessous de celui-ci.

La même chose s'observe dans les inoculations de toxines ou de vaccins. Ainsi, dans les réactions vio-

lentes provoquées par les intradermoréactions à la tuberculine, la zone inflammatoire s'étend parfois à cinq centimètres au-dessous du point inoculé, alors qu'elle s'étend seulement à 2 centimètres au-dessus. M. Milian a publié des cas de ce genre.

On pourrait objecter que l'écart entre l'apparition du granulome et la vaccination est trop grand pour qu'on puisse admettre un rapport de cause à effet de l'un à l'autre.

Mon Maître Milian ne sait pas exactement quel fut cet écart, car l'enfant élevé hors de sa famille n'a pas été suivi par sa mère, et celle-ci a vu le granulome alors qu'il avait déjà une dimension très grande, presque aussi grande qu'au jour de l'observation. Si l'on tient compte du jour de la découverte de la lésion par la maman et de la date de la vaccination, on voit que c'est 26 mois et demi après la vaccine que le granulome a été constaté. Or, l'évolution du granulome est tellement lente que, même si l'on admet ce temps (au-dessous de la vérité d'ailleurs et certainement beaucoup plus court), il n'y a aucune impossibilité à admettre cette interdépendance.

2° Comment alors expliquer cette interdépendance? Est-ce une septicémie du nourrisson, dont les germes se sont arrêtés, comme il arrive, au niveau de la cicatrice. Cela n'est guère vraisemblable, car l'enfant n'a jamais été sérieusement malade et ne présente et n'a jamais présenté aucun signe de tuberculose.

Il est plus logique d'admettre que la vaccine a inoculé en même temps le granulome, comme on voyait autrefois la vaccine humaine inoculer la syphilis. Et ceci nous paraît un argument en faveur de l'origine

tuberculeuse du granulome, ainsi que mon Maître Milian, avec d'autres, l'ont depuis longtemps soutenu.

Le granulome apparaît dès lors ici comme un véritable chancre d'inoculation, mais de modalité chronique et non aiguë et ulcéreuse comme le chancre d'inoculation du cobaye avec un crachat de tuberculeux. Le bacille bovin est particulièrement apte à faire une semblable variété de tuberculose, comme on le pense pour le lupus pernio, autre variété de tuberculide chronique.

La question de la tuberculose vaccinale, dit M. Gastinel, dans la « Nouvelle pratique dermatologique », tome IV, page 385, est très controversée, car, dit-il, « la lymphé vaccinale recueillie chez l'homme n'a jamais été trouvée bacillifère au cours de nombreuses recherches.

« On sait d'autre part que la tuberculose touche peu les jeunes bovidés et que, par ailleurs, les instituts vaccinaux soumettent toujours leurs génisses à l'épreuve de la tuberculine ».

Ces raisons sont évidemment importantes, mais ne peuvent être péremptoires, car il faut réellement chez l'animal des conditions septicémiques particulières pour que se réalise la contagion vaccinale, et elles ne peuvent se trouver réunies que dans des cas exceptionnels.

Ce granulome annulaire développé sur un point de vaccine paraît être un argument de plus en faveur de son origine tuberculeuse, car il paraît difficile de trouver une autre infection bovine, en dehors de la tuberculose, capable de reproduire cette dermatose.

Quant à l'étiologie du granulome annulaire, nous croyons qu'il doit être, d'après les constatations ci-dessous rapportées, classé parmi les formes classiques du groupe de dermatoses que l'on désigne sous le nom de tuberculides.

Les 9/10, sinon toutes les observations publiées, montrent en effet dans les cas de granulome annulaire qu'il s'est développé chez des individus tuberculeux, presque toujours d'ailleurs des tuberculeux torpides et non très virulents. M. Civatte a pu guérir des granulomes annulaires en y injectant des doses infinitésimales de tuberculine.

Dietrich a ajouté la preuve convaincante de bacilles colorés dans les lésions. Les lésions (la dégénérescence conjonctive particulière, qui est si fréquente dans les granulomes), peuvent être réalisées par la tuberculose.

L'inoculation expérimentale de fragments de la peau malade dans les régions inguinales du cobaye provoque un tableau de tuberculose typique des ganglions lymphatiques de la région, avec constatation de nombreux bacilles acido-résistants.

Observation rapportée par MM. Balzer, Gougerot et Barthélemy dans le « Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et Syph. » (Séance du 4 juin 1914).

P. M..., 23 ans, est porteur dans la région deltoïdienne gauche d'une nodosité dure, légèrement douloureuse, qui daterait d'un an et serait apparue sur une piqure de revaccination. Le malade ne peut pré-

ciser l'évolution de ce nodule : le malade ne se rappelle que des souvenirs confus.

Le nodule est dermique, arrondi, de 15 millimètres environ de diamètre et fait une légère saillie plate, légèrement déprimée au centre. La peau est jaunâtre, pigmentée, avec quelques télangiectasies superficielles; la palpation montre un disque dur, bien limité, faisant corps avec l'épiderme et mobile sur les plans profonds.

En raison de lésions anciennes suspectes et d'une séroréaction de Wassermann atténuée due à une syphilis ancienne, le malade est soumis, mais sans succès, à une série de 15 piqûres de benzoate de mercure.

Par élimination, on admet le diagnostic de sarcoïde fibreuse, secondaire à la vaccination, comparable mais différente cliniquement de la chéloïde vaccinale.

Les examens histobactériologiques confirment cette impression : le nodule est enlevé chirurgicalement, les cultures restent stériles, les inoculations aux cobayes restent négatives et l'étude histologique révèle une structure de fibrome dermique inflammatoire.

La néoformation fibreuse envahit tout le derme, sauf la couche sous-papillaire et les papilles; en profondeur, elle s'arrête brusquement à l'hypoderme adipeux; superficiellement, elle refoule la couche sous-papillaire et fait bomber l'épiderme qui, au centre, semble proliférer; les cônes interpapillaires sont allongés, ramifiés, anastomosés : sur les côtés, la transition est progressive avec le derme sain, le tissu néoformé s'insinue en bandes minces ramifiées entre

les gros faisceaux conjonctifs, normaux, les dissocie et englobe dans ses mailles des fibres collagènes normales, isolées ou en paquets.

Le tissu malade est formé par des gros faisceaux de fibres collagènes fines et moyennes, irrégulièrement entrelacées, tordues, moins acidophiles que les grosses fibres normales. Entre les fibres, s'échelonnent de nombreuses cellules conjonctives, fusiformes, basophiles, hypertrophiées, à prolongements nettement visibles, anastomosés; les cellules sont si nombreuses, si tuméfiées, qu'on croirait voir du tissu fibro-sarcomateux en certains points, notamment au-dessous de la couche papillaire. Vers le centre de la néoplasie, les cellules sont très nombreuses, reliquat du processus inflammatoire. Quelques-unes sont binucléées, il s'y mêle quelques polynucléaires; les capillaires, peu nombreux, ont une paroi fibro-cellulaire et nullement sarcomateuse.

II. — Infections syphilitiques éveillées par la vaccine et associées

Syphilis vaccinale

Elle n'offre qu'un intérêt rétrospectif depuis que la vaccination de bras à bras n'est plus pratiquée. Tantôt l'insertion de vaccine n'aboutissait à aucune éruption légitime, mais, au point d'insertion, on voyait apparaître une lésion prenant les caractères d'un chancre syphilitique. Quelquefois même, celui-ci débutait à la période de décrustation de la lésion vaccinale; il était classique de souligner le diagnostic à établir entre les syphilis vaccinales et les vaccines ulcéreuses chancriformes.

Voici le sommaire d'un cas d'épidémie de syphilis vaccinale citée par Depaul :

Au mois d'août 1866, dans la commune de Cardeillac, département du Lot, un enfant âgé de trois mois, paraissant sain, sert à vacciner vingt-deux enfants. Treize enfants sur ces vingt-deux reçoivent la syphilis de ce vaccin.

Sur les treize enfants infectés, un contamine sa mère, un autre sa nourrice. Donc, quinze victimes en tout, dont deux par ricochet.

Par suite de la substitution de la vaccination bovine à la vaccination humaine, la syphilis vaccinale a été supprimée.

On a remarqué que des réactions vaccinales violentes se sont développées chez des syphilitiques.

Association syphilitico-vaccinale

Observation rapportée par M. le docteur Milian dans la « Revue Française de Dermatologie et Vénérologie », Décembre 1938 :

Mlle G... Suzanne, mécanicienne, âgée de 26 ans, entre dans le service de M. Milian, de l'Hôpital Saint-Louis, le 12 juin 1928, salle Henri IV, lit n° 3, pour des syphilides papuleuses généralisées, datant d'une quinzaine de jours; l'éruption est très confluyente aux cuisses, aux jambes, au dos, presque nulle à la partie supérieure de la face antérieure du thorax. Il s'agit d'une éruption de roséole syphilitique mélangée de syphilides papuleuses et papulo-squameuses.

A la vulve, il existe des lésions papulo-érosives des petites lèvres; les cheveux tombent assez abondamment depuis 2 mois; il y a une certaine rougeur des piliers antérieurs; les viscères sont normaux, sauf un souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 14 juin 1928, la malade reçoit 30 centigr. de 914 intraveineux; cette injection se passe sans aucune réaction.

Le 16 juin, la malade est vaccinée à la cuisse gauche.

Le 19, injection de 45 centigr. de 914.

Le 23, on constate que la vaccine est ulcéreuse.

Le 25, injection intraveineuse de 60 centigr. de 914.

Le 24 juin, soit 10 jours après la première injection, la température s'est élevée subitement à 38°3, accompagnée de céphalée, nausées, frissons, sans mal de gorge.

Or, le 25, jour de l'injection, soit 11 jours après la première injection de novarsénobenzol, est apparue une éruption généralisée, disséminée un peu partout, composée de taches de la dimension d'une tête d'épingle en moyenne, légèrement saillantes, morbiliformes, siégeant à la face postérieure des bras où les plaques sont analogues à celles de l'érythème polymorphe et au dos. Elles sont localisées surtout au devant des genoux et aux fesses.

Le 27 juin, l'éruption s'est étendue aux jambes sous forme de petits éléments.

Les vaccins forment une vaste plaque rouge.

Les pustules elles-mêmes sont nécrotiques au centre et de dimensions très étendues, puisque l'une avait la surface d'une pièce de 50 centimes et l'autre de 2 pièces de 50 centimes réunis en 8 de chiffre.

Le 29 juin 1928, l'éruption est presque entièrement disparue aux jambes.

Le 30 juin, injection intraveineuse de 75 centigr. de novar sans réaction appréciable.

Le 3 juillet, les vaccins dont la zone inflammatoire périphérique a disparu, laissent chacune une croûte

de la dimension d'une pièce de 1 franc, encastrée dans les tissus.

Le placard péri-vaccinal est en complète rétrocession, mais la vaccine présente deux croûtes noires echtymatiformes.

Le 6 juillet, les croûtes de vaccin sont très adhérentes et il existe autour d'elles une zone cyanotique de deux paumes de main.

Le 10 juillet, injection intraveineuse de novar à 90 centigr. qui a été fort bien supportée avec réaction thermique à 37°4. Il n'y a pas eu de reviviscence de l'éruption. Les croûtes de vaccin ne sont pas encore tombées, et il existe encore une zone inflammatoire modérée autour de celles-ci.

Réflexions. — Il s'est donc produit ici une réaction vaccinale violente qui s'est développée chez cette patiente 7 jours après la vaccination; nous avons déjà une vaccine très ulcéreuse et qui s'est accompagnée rapidement d'une violente réaction inflammatoire périphérique de la dimension de deux paumes de main.

Cette réaction vaccinale s'est prolongée très longtemps, puisque, au départ de la malade, soit 24 jours après la vaccination, la réaction vaccinale n'était pas encore disparue.

Voici trois observations que M. le docteur Milian a bien voulu nous communiquer pour notre thèse :

Mme Tri..., âgée de 56 ans, entre dans le service du docteur Milian, Hôpital Saint-Louis, le 25 décem-

bre 1928, pour une éruption prurigineuse remontant à 2 mois.

A l'examen, on constate de nombreuses papules excoriées et recouvertes de croûtelles confluant en vastes placards de coloration rouge violacée sur les faces externe et interne des cuisses, des bras, sur l'abdomen, les fesses, le dos, la partie supérieure gauche du thorax, le cou (côté gauche).

Sur les avant-bras et les coudes, léger suintement.

Sur les bras et les cuisses, lichénification des lésions.

Aux deux jambes, vastes placards violacés, siégeant sur la face externe et interne de la jambe droite, et sur la face interne de la jambe gauche, à contours un peu polycycliques. Le suintement y est abondant. La lésion de la jambe droite date de 2 ans. La malade a présenté une petite ulcération sur la face externe de la jambe droite qui a demandé environ 3 mois à se cicatriser uniquement par le repos au lit.

Quant aux lésions de la jambe gauche, elles sont apparues en même temps que celles des cuisses et des bras, c'est-à-dire il y a 2 mois.

Toutes ces lésions sont très prurigineuses, surtout la nuit, empêchant la malade de dormir.

De plus, la malade présente une rougeur de la pointe et des ailes du nez datant de son enfance (7-8 mm.). Elle mouchait abondamment du pus, et de temps à autre on lui faisait remarquer que son nez dégageait une odeur fétide.

Quant aux yeux, la malade a été soignée en 1918,

à l'Hôtel-Dieu, pour un ulcère de la cornée de l'œil droit. Il y a sept mois, la malade s'est aperçue qu'elle voyait trouble de l'œil gauche.

La malade va consulter à l'Hôpital Rothschild où on lui conseille de faire d'abord examiner son nez.

A l'Hôpital Tenon, où on l'examine pour son nez, on lui dit qu'il est trop tard pour l'opérer.

La réaction de Wassermann est fortement positive. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines.

A l'examen général, on constate que la malade est très fatiguée, pigmentation du cou + + +, pâleur de la face, ainsi qu'une décoloration légère des muqueuses.

La langue est saburale, l'haleine est très fétide.

L'appareil cardio-vasculaire est normal. La T.A. : 14-7.

Les réflexes pupillaires sont paresseux.

Appareil pulmonaire : emphysème, la malade tousse.

Les réflexes pupillaires sont paresseux.

Les réflexes rotuliens sont vifs.

Parmi les antécédents personnels, on relève une pleurésie, il y a 20 ans (c'est-à-dire à 36 ans), pleurésie du côté droit non ponctionnée; la malade est restée pendant 2 mois alitée, durant lesquels elle a fait en même temps une fausse-couche.

Réglée à 12 ans 1/2, a eu ses règles bien régulièrement. Ménopause à 50 ans.

Mariée à 19 ans; le mari est bien portant.

La malade est mère de 4 enfants vivants et bien portants, tous mariés; trois ont des enfants.

On signale : une fausse-couche de deux mois, une fausse-couche de cinq mois, un mort-né.

Le 29 décembre 1928, la malade reçoit 1 centigr. de cyanure de Hg, ainsi que les jours suivants. Elle reçoit une série de 30 piqûres de cyanure de Hg. au total.

Le 5 janvier, la malade est vaccinée.

Le 12 janvier, on constate une éruption de vaccine localisée sur tout le bras.

Le 15 janvier 1929, on remarque que les 2 vaccines sont profondément ulcéreuses et une quarantaine de pustules siègent sur la face externe du bras; elles ont la physionomie des pustules vaccinales. Elles ont la dimension d'une tête d'épingle, alors que les éléments vaccinaux étaient de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Cette éruption a été accompagnée d'un accès de fièvre à 39°4.

Le pus contenait des polynucléaires, mais pas de germes.

Le 19 janvier les pustules vaccinales sont sèches.

Le 26 janvier 1929, la croûte de 2 gros éléments vaccinaux persiste encore; les pustulettes d'ensemencement périphérique sont cicatrisées.

Le 28 janvier 1929, la malade quitte le service guérie.

Deuxième observation.

Mme B... Jeanne, domestique, âgée de 32 ans, entre le 5 novembre 1929 dans le service de M. Milian de l'Hôpital Saint-Louis pour une éruption érythémateuse, remontant à 2 mois, siégeant sur le tronc (avant et en arrière) ainsi que sur les bras.

Les jambes sont indemnes, les pieds et les mains également.

L'éruption est formée par des petites taches non papuleuses, roséoliques, s'effaçant à la pression, non prurigineuses. Cou et nuque n'ont rien. Les régions lombaires sont principalement touchées par les mêmes éléments présentant à peine la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Les bras présentent également quelques taches un peu effacées.

Il existe une adénopathie inguinale droite.

A la vulve, il existe des syphilides papuleuses, prurigineuses, depuis 2 mois, siégeant sur les grandes et les petites lèvres (face externe de ces dernières), depuis la taille d'une lentille jusqu'à celle d'une petite pièce de 50 centimes.

La malade présente des pertes blanches; le méat urinaire est enflammée; quelques érosions blennorragiques; le col est légèrement métritique.

Antécédents héréditaires : le père est mort à la suite d'une embolie.

La mère est morte d'un fibrome.

Deux fillettes de 9 à 5 ans, bien portantes.

La malade n'a pas fait de fausse-couche; elle est assez mal réglée (avance parfois de 8-10 jours).

Réflexes : légère dilatation pupillaire; pas d'Argyll-Robertson.

Les viscères sont normaux.

La réaction de Wassermann est fortement positive.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le 6 novembre 1929, la malade reçoit 30 centigr. de 914 intraveineux; cette injection se passe sans aucune réaction.

Le 7 novembre, la malade est vaccinée à la cuisse gauche.

Le 10, injection de 60 centigr. de 914.

Le 15, injection de 75 centigr. de 914 accompagnée d'une température à 40°; céphalée, vomissements, diarrhée, frissons, érythème, pas de douleurs dans les articulations.

Le 16 novembre 1929, érythème légèrement scarlatiniforme avec localisation au devant des genoux et à la face postérieure des coudes et des fesses.

Les éléments de vaccine de la cuisse, au nombre de deux, se caractérisent par une pustule plate, de la dimension d'une pièce de 1 franc, entourée d'une auréole rouge rosée de 1 cm. de large, elle-même entourée d'une autre couronne rosée de 1 cm. environ, ils ont été très douloureux pendant les jours qui ont suivi la vaccination. /

Le 19 novembre 1929, éruption urticarienne.

Urticaire généralisé à vastes placards très prurigineux, apparus le matin.

Le 20 novembre 1929 : les lésions urticariennes ont disparu sur le corps, mais par contre, aux pau-

pières, à droite et à gauche, il existe un œdème important.

Le 22 novembre 1929, l'érythème autour de l'endroit vacciné a complètement disparu. De la dimension d'une paume de main, il est réduit à une couronne de 1 cm.

La zone centrale, primitivement purulente, est devenue croûteuse.

Troisième observation.

Marie-Louise A..., âgée de 5 ans, est conduite par sa mère dans le service du docteur Milian de l'Hôpital Saint-Louis, le 26 avril 1934, pour des bulles de vaccine multiples sur fond érythémateux siégeant à l'épaule gauche.

Le 12 avril, on avait vacciné l'enfant sur le bras gauche au dispensaire Saint-Jean, 21, rue Marcel-Roger, à Gennevilliers.

Le 22 avril, la mère a constaté l'apparition de pustules autour de scarifications vaccinales; de plus, la petite dormait mal et était agitée.

Deux jours après son entrée dans le service du docteur Milian, le 28 avril 1934, on constate, au niveau des 3 inoculations vaccinales, 3 ulcérations d'un peu plus de 1 cm. de diamètre et de 2-3 mm. de profondeur; autour, il y avait une zone érythémato-œdémateuse qui descendait jusqu'à l'avant-bras.

Les bulles sont effacées, mais la zone érythémateuse s'étend jusqu'au poignet. En haut, sur le thorax, petite éruption œdémateuse, presque réticulaire.

Gros ganglions douloureux dans l'aisselle. La petite, qui est née à terme, a commencé à marcher et parler à 16 mois.

Nourrie au sein jusqu'à 19 mois; a fait une rougeole à 3 ans et une à 4 ans.

La mère présente les lobules des oreilles soudés, l'iris bicolore, souffre d'une otite depuis un an, a été réglée à 13 ans, règles abondantes non douloureuses avec une durée de 7-8 jours.

Première grossesse à 16 ans.

Deuxième grossesse à 17 ans, suivie de fausse-couche.

Troisième grossesse à 18 ans.

A subi l'hystérectomie totale à l'âge de 21 ans.

L'enfant et la mère présentent quelques signes de spécificité, comme : absence presque totale des lobules des oreilles, ébauche des cicatrices commissurales de la bouche, front bombé.

La réaction de Wassermann pour l'enfant et la mère est positive.

Le frère de la malade, âgé de 3 ans 1/2, est né à terme, et a commencé à marcher à 2 ans et à parler vers 2 ans 1/2.

Le 26 avril 1934 : examen direct : quelques cocci à Gram positif. Le pus prélevé à l'aide d'une pipette contient des diplocoques encapsulés et des cocci à Gram positif (le 28 avril).

L'ensemencement sur bouillon gélosé montre des petites plages (de 5-7 éléments) de staphylocoques.

Le 3 mai 1934, disparition de toutes les bulles de l'épaule gauche.

Les trois ulcérations vaccinales ont diminué et le fond est sec. Les ganglions ont disparu.

L'enfant retourne au dispensaire de Gennevilliers en voie de guérison.

VACCINATION ANTIVARIOLIQUE ET SYPHILIS

Depuis longtemps, l'attention de M. Touraine est attirée sur les particularités qu'offrent les associations, chez les mêmes malades, des diverses maladies infectieuses, immunisantes ou non.

Parmi celles qu'on a le plus souvent à soigner, à Saint-Louis, c'est surtout la syphilis qui se prête particulièrement bien à l'étude, type d'infection générale immunisante.

Entre autres associations, M. Touraine a recherché, depuis 2 ans, comment se comportait, au cours de cette maladie vénérienne, la vaccination anti-variologique, c'est-à-dire une infection locale susceptible de provoquer un état d'immunisation contre elle-même et contre la variole, certes non définitif, mais d'une durée moyenne de 7 à 10 ans.

Au cours de 1937 et de 1938, M. Touraine a relevé, à propos de chaque malade vacciné contre la variole dans son service, les résultats de cette vaccination, en notant, de plus, l'âge, le diagnostic clinique et sérologique, l'existence de vaccinations antérieures contre la variole ou la fièvre typhoïde ou celle d'une infection spontanée du groupe typhique. Ont été comptées comme positives les réactions du type pri-

mo-infection, les réactions dites « accélérées » et les papules persistant le quatrième jour.

Sur 1.092 fiches différentes, 756 sont restées utilisables; 435 de diverses dermatoses, sans maladies vénériennes, 255 de syphilis à ses différentes périodes, 21 de maladie de Nicolas-Favre, 11 de chancrelle, 34 d'associations de deux ou plusieurs maladies vénériennes.

Voici, établie par M. Touraine, une comparaison entre une de ces maladies vénériennes, la syphilis, et le reste des autres hospitalisés, atteints de dermatoses et pris comme témoins.

1° *Dermatoses sans maladies vénériennes (cas témoins)*, 435 malades, tous âgés de plus de 17 ans, constituent ce groupe. 221 d'entre eux ont eu une réaction positive et 214 une réaction négative.

Cette proportion fort élevée des revaccinations avec succès (50,8 % se comprend mieux si on la décompose par décades d'âge des malades) :

- de 11 à 20 ans : 53 cas, 18 positifs (33,9 %);
- de 21 à 30 ans : 42 cas, 15 positifs (35,7 %);
- de 31 à 40 ans : 93 cas, 52 positifs (55,9 %);
- de 41 à 50 ans : 87 cas, 46 positifs (52,9 %);
- de 51 à 60 ans : 66 cas, 36 positifs (54,5 %);
- de 61 à 70 ans : 61 cas, 36 positifs (59,0 %);
- de 71 à 80 ans : 26 cas, 14 positifs (53,8 %);
- plus de 81 ans : 7 cas, 4 positifs (57,1 %).

Ces résultats s'expliquent aisément.

Alors que le sujet est encore à moins de 10 ans de la revaccination obligatoire, faite à 11 ans, à l'école, et de celle que subissent les hommes, à 21 ans, au

service militaire, la proportion des revaccinations positives est relativement faible (autour de 35 %).

Mais, dès 7 à 10 ans après les deux revaccinations réglementaires (très irrégulières, chez la femme, pour la seconde), l'immunisation s'atténue rapidement et disparaît souvent; aussi les revaccinations ultérieures réussissent-elles dans la proportion de 52 à 59 %.

2° *Syphilis*. — Ici figurent 255 cas, dont 69 de syphilis primaire, 135 de syphilis secondaire en activité, 16 de syphilis tertiaire, 11 de syphilis nerveuse (tabès, paralysie générale), 43 de syphilis ancienne sans accidents cliniques, mais à sérologie positive.

Sur ce total, 125 ont eu, à l'hôpital, une revaccination positive. Cette proportion de 49 % est presque identique à celle que donnent les sujets témoins (50,8 %). Elle varie d'ailleurs peu si l'on établit pour les diverses périodes de la syphilis.

63 syphilis, 31 réactions positives (49,2 %);

122 syphilis secondaires, 56 réactions positives (45,9 %);

38 syphilis sérologiques, 19 réactions positives (50 %);

15 syphilis tertiaires, 11 réactions positives (73,3 %);

17 syphilis nerveuses, 8 réactions positives (47 %).

Mais si, dans leur ensemble, la proportion des succès est très voisine chez les syphilitiques à toute phase de la maladie, de celle des témoins, il n'en est plus de même si on établit cette proportion, d'après l'âge du sujet, aux décades successives de la vie :

— De 11 à 20 ans : 29 cas (7 primaires, 22 secon-

daïres), 17 revaccinations positives (5 primaires, 12 secondaires), c'est-à-dire 58,6 % (33,9 chez les témoins);

— De 21 à 30 ans : 103 cas (30 primaires, 65 secondaires, 3 tertiaires, 1 sérologique, 4 nerveux), 46 positifs (13 primaires, 30 secondaires, 2 tertiaires, 1 nerveux) c'est-à-dire 44,6 % (35,7 chez les témoins);

— De 31 à 40 ans : 66 cas (19 primaires, 27 secondaires, 5 tertiaires, 12 sérologiques, 2 nerveux, 1 hérédo), 29 positifs (8 primaires, 11 secondaires, 3 tertiaires, 7 sérologiques), c'est-à-dire 44,6 % (55,9 % chez les témoins);

— De 41 à 50 ans, 29 cas (4 primaires, 7 secondaires, 3 tertiaires, 10 sérologiques, 5 nerveux), 17 positifs (3 primaires, 2 secondaires, 3 tertiaires, 6 sérologiques, 3 nerveux), c'est-à-dire 58,6 % (52,9 chez les témoins);

— De 51 à 60 ans, 17 cas (2 primaires, 1 secondaire, 2 tertiaires, 8 sérologiques, 4 nerveux), 10 positifs (1 primaire, 1 secondaire, 2 tertiaires, 3 sérologiques, 3 nerveux), c'est-à-dire 58,8 % (54,5 chez les témoins);

— De 61 à 70 ans, 9 cas (1 primaire, 1 tertiaire, 5 sérologiques, 2 nerveux), 5 positifs (1 primaire, 3 sérologiques, 1 nerveux), c'est-à-dire 55,5 % (59 chez les témoins);

— De 71 à 80 ans, 1 seul cas, positif (1 tertiaire).

Il ressort de ces chiffres que, chez les syphilitiques âgés de moins de 30 ans, atteints surtout d'accidents primaires ou secondaires, le pourcentage des revaccinations positives est très supérieur à celui des témoins : 58,6 au lieu de 33,9 de 11 à 20 ans, 44,6 au lieu de 35,7 de 21 à 30 ans.

Cette divergence paraît pouvoir s'expliquer d'après M. Touraine par l'établissement d'un certain état d'anergie d'origine syphilitique pendant les périodes d'infection générale par le tréponème; il y aurait peut-être abaissement de la teneur en complément de l'organisme et la diminution de résistance qui s'en-suivrait, favoriserait le succès de la revaccination jennérienne.

Après 30 ans, les accidents généraux de la syphilis deviennent plus rares; l'anergie d'origine syphilitique s'atténuerait. La proportion des revaccinations positives redevient à peu près, chez les syphilitiques, ce qu'elle est chez les témoins.

On peut se demander si les revaccinations jennériennes antérieures interviennent dans le succès ou l'insuccès de la vaccination pratiquée chez ces malades. Il ne semble pas qu'elles exercent quelque influence, car la proportion des réactions positives et négatives est exactement la même aux divers stades de la syphilis, que le sujet ait été réglementairement revacciné ou qu'il n'ait reçu, à son dire, qu'une seule vaccination à la naissance.

CONCLUSION

1° La vaccination peut apporter avec elle, rarement il est vrai, mais cela est possible, une infection locale de tuberculose franche ou douteuse : lupus, chéloïde, granulome; affections qui dès lors relèveraient dans ce cas d'une tuberculose bovine (quand il s'agit du vaccin bovin).

2° Les épidémies de syphilis vaccinale étaient autrefois assez fréquentes quand on vaccinait de bras à bras avec le vaccin humain. La vaccination par le vaccin bovin a supprimé la syphilis vaccinale. Mais la vaccine bovine peut appeler *in situ* la syphilis chez le vacciné syphilitique, réalisant ainsi des associations syphilitico-vaccinales, de forme ulcéreuse, ou escharotique.

Les vaccines de cette physionomie doivent faire rechercher systématiquement la syphilis chez le porteur.

3° Cette constatation clinique concorde avec les statistiques de M. Touraine, qui trouve la revaccination plus souvent positive chez le syphilitique que chez le non syphilitique.

Vu : *Le Président de Thèse,*
LOEPER.

Vu : *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEUX, BAIZE et VOIZARD. — Les complications de la vaccination jennérienne (*Le Bull. Méd.*, oct. 1925).
- BALZER, GOUGEROT et BARTHELEMY (*Bull. Soc. Franç. de Derm. et Syphil.*, juin 1914).
- BARON. — Thèse de Paris, 1929. Encéphalite vaccinale.
- BENHARD. — Réaction vaccinale et post-vaccinale (*J. de Méd. et Chirurgie pratique*, 1931).
- BLUM et BOUTTIER. — Incidents et accidents de la vaccination jennérienne (*Le Bull. Méd.*, oct. 1925).
- DEPAUL (*Bull. de l'Acad. impér. de Méd.*, 1866-67).
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis vaccinale, 1889.
- GASTINEL. — Nouvelle pratique dermatologique, tome IV.
— Discussion sur « Granulome annulaire et vaccine » (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, janvier 1939).
- GRASSI. — Contribution à l'étude histo-pathologique et étiologique du granulome annulaire (*Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fév. 1937).
- HAUSHALTER. — Un cas de syphilis vaccinale (*Rev. méd. de l'Est*, 1894).
- LAUGIER et BAUMEISTER. — Chéloïde post-vaccinale (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, mars 1938).
- LECOCQ (*Gazette des Hôpitaux*, 1859).
- LITTLE. — Lupus vaccinal (*Dermatological Society of London*, janvier 1900).
- MILIAN. — A propos du rapport de M. Civatte sur les tuberculides (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et de Syphil.*, nov. 1938).
- Erythème polymorphe interthérapeutique, vaccine

ulcéreuse (*Rev. Franç. de Derm. et Vénér.*, déc. 1938).

— Granulome annulaire développé autour d'une cicatrice de vaccine jennérienne (*Rev. Franç. de Derm. et Vénér.*, janv. 1939).

MONIATE. — Chéloïde post-vaccinale (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, mars 1938).

ROGER, VIDAL et TEISSIER. — Nouveau traité de médecine.

SEZARY et LEFEVRE. — Lupus tuberculeux consécutif à la vaccination jennérienne (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, fév. 1931).

TOURAINÉ. — Vaccination anti-variolique et maladies vénériennes (*Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Syphil.*, fév. 1939).

